

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 9

SUR UN CAS D'HÉMOPTYSIE

TARDIVE ET RÉCIDIVANTE

CHEZ UN ANCIEN BLESSÉ DU POUMON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Novembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS CHABANIER

né à Limoges (Haute-Vienne) le 4 décembre 1891



VANNES

IMPRIMERIE A. COMMELIN

12, RUE DE LA MONNAIE, 12

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 9

SUR UN CAS D'HEMOPTYSIE

TARDIVE ET RÉCIDIVANTE

CHEZ UN ANCIEN BLESSÉ DU POUMON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Novembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS CHABANIER

né à Limoges (Haute-Vienne) le 4 décembre 1891



VANNES

IMPRIMERIE A. COMMELIN

12, RUE DE LA MONNAIE, 12

1920

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON M)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	POLLOSSON (A)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	NOVÉ-JOSSERAND,
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD,
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER
NEVEU-LEMAIRE	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
NOGIER	SAVY	TRILLAT	MURARD
BRETIN	FROMENT	SARVONAT	BONNET
LERICHE	THÉVENOT (Lucien)	FLORENCE	GRAVIER, chargé des
THÉVENOT (Léon)	PIÉRY	ROCHAIX	fonctions.
TAVERNIER			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, Président ; CLUZET, Assesseur ;
MM. LERICHE et COTTE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de ma respectueuse affection
et de ma reconnaissance.*

A MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chirurgien des Hôpitaux

*Il a bien voulu nous confier ce sujet
de thèse et nous le prions
d'accepter nos remerciements.*

INTRODUCTION

On sait que dans un grand nombre de cas de blessures du poumon, dans une proportion de 10^o%, l'histoire du malade ne se termine pas à sa sortie de l'hôpital. Dans un temps plus ou moins éloigné, alors que les troubles passagers occasionnés par le traumatisme ont complètement disparu, on peut voir survenir des séquelles diverses étudiées en particulier par Esbach et Lacaze, Sergent et Pruvost. Nous les énumérerons rapidement en nous arrêtant davantage sur les hémoptysies tardives qui se rencontrent le plus fréquemment.

Ces séquelles peuvent ne consister qu'en des troubles fonctionnels légers, dyspnée, toux, expectoration, encore ces deux derniers sont-ils très rares. C'est la dyspnée qu'on observe le plus fréquemment. Elle est tout à fait indépendante de celle qui est produite au moment du traumatisme et qui dure le plus souvent jusqu'à la convalescence et même plus tard. Celle dont nous parlons peut s'établir alors que la respiration était redevenue parfaitement normale.

Ces phénomènes dyspnéiques sont dus en général à une diminution de l'expansion pulmonaire par suite de

l'immobilisation relative de l'hémithorax traumatisé. Cette immobilisation est la conséquence soit des délabrements de la paroi thoracique causés par le traumatisme ou une intervention, soit une névrite intercostale qui réveille de la douleur dans les mouvements respiratoires un peu étendus, soit des destructions du parenchyme pulmonaire remplacé par du tissu cicatrisé, soit enfin des adhérences pleuro-pariétales ou pleuro-diaphragmatiques traduisant les réactions inflammatoires de la plèvre au cours des complications infectieuses du traumatisme.

La toux est rare, l'expectoration également, elle est constituée par un liquide muqueux renfermant quelques figures cytologiques qui traduisent un travail inflammatoire latent qui le plus souvent ne peut être décelé par aucun examen clinique ou radioscopique.

Nous serons brefs sur les séquelles pleuro-pariétales. Nous les dénommons ainsi, car le plus souvent les séquelles pleuro-pariétales sont la conséquence des lésions pleurales. Si nous mettons à part en effet les névralgies intercostales dues à un projectile inclus, à une aiguille osseuse, à un cal défectueux ou à une ostéite on voit que les lésions pariétales, déformations, thoraciques, immobilisation partielle ou scolioses, fistules sont les conséquences des affections chroniques ou récidivantes de la plèvre consécutive au traumatisme, qu'il s'agisse d'un hémithorax ou d'un épanchement enkylé ou non. Dans ces cas la plèvre réagit en créant des adhérences souvent très fortes qui se montrent à l'écran, sous forme de traînées grisâtres sur le poumon transparent, avec effacement du sinus costo diaphrag-

matique, déformation et immobilisation partielle du diaphragme.

Les séquelles pulmonaires sont de beaucoup les plus fréquentes. Ce sont ou des séquelles cicatricielles ou des séquelles en évolution.

Ces dernières sont le plus souvent des complications infectieuses, collections suppurées se formant soit autour d'un projectile, d'une aiguille osseuse, de débris vestimentaires, soit sur le trajet en séton d'une balle, une infection latente se réveillant sous l'influence d'une cause inconnue. Rappelons les cas peu nombreux d'ailleurs de gangrène pulmonaire, de pneumonie lente et prolongée.

Les séquelles tardives les plus fréquentes sont des *hémoptysies à répétition* ; dans certaines statistiques elles sont parfois constantes.

Ces hémoptysies ne s'accompagnent d'aucun autre phénomène, le malade jouit d'un bon état général, il est apyrétique, excepté bien entendu dans les cas où il y a de l'infection ; elles sont le plus souvent le seul symptôme. On en a vu se produisant 6 mois, un an après la blessure, récidivant pendant des mois à intervalles variables.

Quelle est leur origine ?

Lorsque l'ancien blessé est porteur d'un projectile inclus dans le parenchyme pulmonaire il est évident que le corps étranger est la cause des hémoptysies, par suite soit de la congestion qui se fait autour de lui, soit des ulcérations qu'il peut produire sur des vaisseaux surtout lorsqu'il s'agit d'un éclat d'obus à arêtes tranchantes et à surface irrégulière. La radioscopie fera porter

immédiatement un diagnostic dans le cas de projectile inclus mais elle peut ne donner aucun renseignement si le corps étranger est une aiguille osseuse, des débris vestimentaires, une mince parcelle de chemise métallique. C'est par l'intervention seule qu'on pourra se rendre compte.

Ces hémoptysies peuvent être d'origine tuberculeuse. On a vu évoluer des bacillooses post-traumatiques mais à la vérité elles sont rares ; lorsqu'on a éliminé les pseudo tuberculoses dont les symptômes généraux n'étaient dus qu'à des séquelles pulmonaires infectieuses, les réveils de tuberculoses anciennes, on ne trouve que très peu de cas de bacilliose traumatique véritable. D'ailleurs, dans les cas de pseudo tuberculose, la question est tranchée par la recherche des bacilles dans les crachats.

Une infection localisée dans le tissu pulmonaire sur l'ancien trajet du projectile peut être la cause de ces hémoptysies. L'infection restée latente peut se réveiller sous une influence banale, rhume, bronchite, infection générale légère. Ces cas donnent le plus souvent le tableau de la bacilliose : état général défectueux, fièvre, toux, expectoration muco-purulente. Les signes stéthoscopiques et radioscopiques sont eux-mêmes en faveur d'un tel diagnostic.

On peut en effet trouver des signes de condensation pulmonaire avec bruits surajoutés et, dans les cas où l'ancien trajet infecté se dilate, des signes cavitaires. Sous l'écran on peut voir soit une opacité égale en voile due à la pleurite, soit des traînées grises produites par des adhérences.

Les hémoptysies venant s'ajouter à ces symptômes rendent ce tableau tout à fait identique à celui d'une bacillose en évolution, et nombreux sont les cas où un tel diagnostic a été porté surtout dans les premiers temps de la guerre où, pour beaucoup de médecins, hémoptysies signifiait bacillose.

Enfin il est des cas où ces hémoptysies tardives ne peuvent être rapportées à aucune cause apparente. Ribadeau-Dumas ont émis l'idée qu'elles pouvaient être dues à la présence d'un travail inflammatoire latent que rien ne décèle et susceptible de se traduire à un moment donné par un crachement de sang.

Cette hypothèse semblerait justifiée par les travaux de Lœper, Verpy et Cosnier qui montrent que, dans certains cas, à une époque parfois très éloignée, les figures cytologiques de l'expectoration traduisent un processus infectieux latent échappant aux investigations cliniques et radiologiques.

En somme les hémoptysies lointaines pourraient avoir deux causes : 1° la présence d'un projectile ou de tout autre corps étranger ; 2° l'infection plus ou moins latente se réveillant par poussées. La tuberculose devra toujours être dépistée.

Il ne semble pas cependant que la question doive se clore sur ces conclusions et que ces deux causes soient les seules. Dans le cas de projectile inclus la radioscopie apporte la preuve décisive de la cause, si le corps étranger laisse passer les rayons X, l'intervention fera faire le diagnostic. Si l'hémoptysie est due à l'infection, même latente et discrète, un ensemble de symptômes sérieux ou légers mettra sur la voie. Mais il est des cas

où aucune de ces raisons ne peut être invoquée ; l'observation que nous publions ici en est la preuve. Dans ce cas il n'y avait pas de projectile, l'intervention montre qu'il n'y avait pas d'infection et le malade guérit sans que rien ait été fait pour la combattre lors de l'intervention. Le poumon saignait en somme comme un ulcère ou une plaie. C'est ce que nous nous proposons de démontrer maintenant

OBSERVATION

Croup et diphtérie à 5 ans. — Rougeole et scarlatine sans complications pulmonaires ni rénales, aucune affection pulmonaire dans l'enfance ou l'adolescence.

Poids à l'incorporation 61 kgs, taille 1 m. 60.

Parti aux armées en novembre 1914.

Il fut hospitalisé un mois en avril 1915 pour courbature fébrile.

Il n'a jamais toussé à cette époque.

En août 1916 il est blessé à Fleury : séton par balle de la poitrine : l'orifice d'entrée est situé au niveau de la 2^e espace intercostal droit, l'orifice de sortie au milieu d'une ligne allant de l'aisselle au mamelon.

Immédiatement après sa blessure le malade eut des crachats hémoptoïques qui persistèrent 3 jours. A l'ambulance sur laquelle il fut évacué, on explora la plaie dont on fit un drainage. La plaie suppura légèrement et la cicatrisation n'est complète que le 15 octobre 1916.

Après 3 mois de convalescence le malade va bien, ne tousse pas, son poids est de 60 kgs., il ne garde qu'une dyspnée d'effort

légère. En février 1917, il est changé d'arme et versé dans l'artillerie lourde. En mai, intoxiqué par les gaz, il est évacué sur l'intérieur.

En février 1918, se trouvant au dépôt, il présente une hémoptysie assez abondante, un verre environ. Elle est survenue sans prodromes d'aucune sorte, sans que le malade ait jamais toussé, sans atteinte préalable de l'état général. On ne note à cette époque aucun signe fonctionnel de pré tuberculose.

A partir de ce moment, le malade a présenté de nouvelles hémoptysies se reproduisant à intervalles plus ou moins éloignés et moins abondantes que la première. Le malade conserve un bon état général, il ne tousse pas, ne ressent aucun point de côté, on note seulement un peu d'asthénie et un fléchissement de poids de 2 à 3 kgs.

Il est alors hospitalisé dans divers sanatoria. La recherche des bacilles de Koch dans les crachats, effectuée à plusieurs reprises, resta toujours négative.

Depuis deux mois, les hémoptysies sont devenues plus fréquentes ; en trois mois le malade a maigri de 6 à 8 kgs ; il se sent faible, mais il ne présente ni toux ni expectoration.

A l'examen on est en présence d'un homme pâle, amaigri, asthénique, sans aucun trouble fonctionnel.

L'examen du poumon gauche est négatif. A droite on note une zone d'emphysème autour de l'orifice d'entrée ; partout ailleurs la respiration est normale, il n'y a aucun signe de tuberculose en évolution.

Le cœur ni les autres organes ne présentent rien d'anormal, pas d'albumine dans les urines.

Examen radioscopique pratiqué à l'entrée :

Noyau opaque situé à la partie moyenne du deuxième espace intercostal droit semblant être de nature pneumonique et peut être développé autour de débris vestimentaires.

Le 30 novembre, le malade présente une hémoptysie violente

d'un tiers de litre environ. On ne note toujours aucun signe pulmonaire.

Le 2 décembre on pratique une intervention, anesthésie général à l'éther : résection de la 2^e cote, incision de la plèvre. On touche sur une masse superficielle indurée. Le parenchyme pulmonaire est alors incisé et on trouve une masse formée de caillots organisés. On laisse une mèche ultra-pulmonaire et on suture la languette pulmonaire à la plèvre pariétale.

Dans les jours qui suivent l'opération, le malade souffre violemment d'un point de côté dû au pneumothorax créé au cours de l'intervention, la dyspnée est assez vive. Abondante expectoration purulente avec quelques stries sanglantes mycopurulente qui diminue dès le 6^e jour.

Au 10^e jour la dyspnée cesse, l'expectoration mucopurulente est abondante, la température est normale, le malade ne tousse pas. On renouvelle l'examen radioscopique le 3 décembre : la clarté de l'hémithorax droit est normale. On note à la base un peu de liquide. Le malade sort du service le 31 décembre, se considérant comme guéri.

L'inoculation au cobaye des débris retirés au cours de l'intervention ne donna aucune lésion tuberculeuse soit pulmonaire soit péritonale.

DISCUSSION

Il s'agit donc, dans cette observation, d'un ancien blessé de guerre qui, sans raison apparente, sans aucun fléchissement de l'état général, sans autre symptôme, a présenté des hémoptysies à répétition et qui a parfaitement guéri après une intervention qui n'a permis de trouver ni corps étranger, ni foyer infecté.

A quoi attribuer ces hémoptysies ? Peut-on rapporter à une des causes énumérées plus haut l'origine de ces hémorragies :

1° Etaient-elles dues à la présence d'un corps étranger ?

La radiographie avait depuis longtemps montré qu'aucun projectile ou débris métallique n'était resté inclus dans le parenchyme pulmonaire ; la balle avait d'ailleurs fait un trajet en séton et ces deux facteurs et la nature du projectile nous portaient à croire qu'aucune poussière métallique, débris d'enveloppe de la balle, n'était resté dans les tissus.

On a vu des projectiles échapper aux recherches radiologiques et chez d'anciens blessés non porteurs de projectiles on a trouvé soit une aiguille osseuse, soit des débris vestimentaires qui provoquaient les hémop-

tysies. Mais chez notre blessé il n'y a pas eu, lors de la blessure, de lésion au squelette, il était donc peu probable qu'un fragment osseux soit venu s'implanter dans le poumon. De plus on n'a rien retiré de semblable à l'intervention. Les caillots, trouvés dans une sorte de poche, ont été soigneusement examinés, leur désagrégation n'a permis de trouver aucun éclat osseux, aucun débris vestimentaire, rien qui puisse faire penser à un corps étranger. Ces hémoptysies n'étaient donc pas dues à cette cause.

2° Peut-on incriminer la tuberculose ?

Pour beaucoup de médecins, jusqu'à ces dernières années, hémoptysie était le synonyme de bacillose et cette opinion fit cataloguer comme tuberculeux en évolution des quantités de gens porteurs de séquelles infectées du poumon qui présentaient certes l'aspect du tuberculeux mais ne l'étaient pas. Il n'est pas étonnant que notre malade ait été hospitalisé dans divers sanatoria.

Pourtant il ne semble pas que ce diagnostic ait dû se soutenir longtemps. Certes au moment de son entrée à l'hôpital ce malade était pâle, amaigri, très asthénisé, en trois mois il avait maigri de 8 kgs ; mais comment s'en étonner. Depuis vingt mois il était sujet à des hémoptysies dont la fréquence allait en augmentant et toujours assez abondantes, il était très naturel que son état général ne fut pas excellent. Mais il n'a jamais eu de fièvre ; ni l'élévation de température vespérale du tuberculeux, ni la température à grandes oscillations de l'infecté du poumon qui font croire à la bacillose en évolution. Non seulement la température était normale à

l'entrée à l'hôpital mais encore elle l'avait été depuis le début des hémoptysies.

On ne remarque chez lui ni toux, ni expectoration ; les troubles fonctionnels se réduisent à une dyspnée légère qui existe depuis la blessure, ce n'est pas une séquelle lointaine du traumatisme et le fait est presque constant chez les blessés du poumon.

L'examen clinique ne fournit aucun renseignement faisant penser à la tuberculose. A l'auscultation on trouve le poumon gauche normal ; à droite existe, autour de la cicatrice d'entrée du projectile, une zone d'emphysème, partout ailleurs la respiration est normale, ni diminution, ni altération du murmure vésiculaire, pas de bruits surajoutés, ni signes de condensation, ni signes cavitaires qui témoignent chez un ancien blessé soit d'un processus tuberculeux, soit d'un processus infectieux : abcès du poumon ou pneumonie bâtarde à évolution lente et prolongée.

La percussion fait entendre une sonorité normale, la palpation fait percevoir des vibrations qui ne sont pas exagérées.

L'examen radiologique n'est pas plus favorable à l'hypothèse de tuberculose. A l'entrée on note un noyau opaque situé à la partie moyenne du 2^e espace intercostal droit et semblant être de nature pneumonique. Le reste du poumon est parfaitement transparent, il n'y a aucun voile, aucune de ces traînées opaques ou simplement grises qui signalent la présence d'adhérences pleurales ou de bandes cicatricielles dans le parenchyme pulmonaire. Enfin, après l'intervention, le noyau opaque avait disparu, il était donc produit par les caillots de

sang qu'on retira et non par une altération du poumon lui-même.

Les examens de laboratoire furent, eux aussi, négatifs. Jamais, durant les séjours dans divers sanatoria, on ne trouve de bacilles de Koch dans les crachats, de même pendant son séjour à l'hôpital. L'inoculation au cobaye des débris retirés à l'intervention ne donne aucun résultat.

Ce malade n'était donc pas un tuberculeux et les hémoptysies qu'il présentait n'étaient point un symptôme de bacillose. L'expérience de la guerre a montré, d'ailleurs, que la tuberculose traumatique était fort rare, contrairement à l'opinion qui s'était imposée après les expériences de Max Schuller. Sergent l'a démontré à l'aide de statistiques nombreuses, et celles apportées ultérieurement par Ribadeau-Dumas, Denêcheau, Devic, Cordier, Léon Bernad et Mantoux sont venues confirmer cette notion. Il n'entre pas dans notre cadre d'insister plus longuement sur la tuberculose séquelle éloignée des plaies de poitrine, nous ne voulons tirer de sa rareté qu'une probabilité de plus en faveur de la non existence de bacillose chez notre malade.

D'ailleurs la guérison a été complète après l'intervention et notre sujet est actuellement en bonne santé. On pourrait objecter qu'au cours de l'intervention un pneumothorax a été créé et qu'ainsi un traitement de la tuberculose par la méthode de Forlanini a été institué. Cela est vrai, le pneumothorax a rapidement résorbé, au 6^e jour il n'en restait plus trace. Comment soutenir que les lésions tuberculeuses du poumon auraient eu le temps de se cicatriser par une aussi courte immobilisation ?

3° L'hémorragie était-elle due à un *kyste hématique* se vidant par une vomique ?

Sergent a publié deux cas de cette nature, l'un consécutif à une plaie de poitrine par projectile, l'autre à un traumatisme (course violente).

Dans ces deux cas, l'examen clinique montrant une zone mate avec disparition des vibrations vocales, souffle tubaire, pectoriloquie aphone. Chez notre malade on ne peut noter qu'un peu d'emphysème autour de l'orifice d'entrée.

L'examen radioscopique montrait bien, comme dans les cas de Sergent, une plaque opaque bien délimitée, arrondie, mais c'est là le seul point de ressemblance.

De plus, dans les deux cas cités par Sergent, l'intervention fit découvrir une poche de liquide sanguin plus ou moins altéré, entouré par une véritable coque cartilagineuse tellement rigide qu'elle empêcha, dans un cas, le poumon de reprendre sa place normale.

Rien de cela chez notre malade : le parenchyme pulmonaire étant incisé, on trouva une masse de caillots organisés mais point d'enveloppe kystique ni de liquide.

Ce n'est donc pas à la présence de kyste qu'étaient dues les hémoptysies.

4° Etaient-elles le symptôme d'un *processus infectieux aigu ou latent* ?

Achard et Welter ont publié l'observation d'un homme qui, blessé en septembre 1914, présenta, peu de temps après sa sortie de l'hôpital, des hémoptysies à répétition. Il n'avait pas de projectile intrapulmonaire et on ne songea pas à la tuberculose.

En juin 1916, les hémoptysies n'ayant jamais cessé,

son état s'aggrave subitement et il meurt en peu de jours avec tous les symptômes de la gangrène pulmonaire qui fut confirmée par l'autopsie. C'était-là l'évolution brutale d'un processus infectieux qui durait depuis le traumatisme, se traduisant par des hémoptysies, et se sont poursuivies jusqu'au drame terminal.

Chez un malade de Dufourmentel, l'évolution est plus rapide encore. Un mois après la blessure, alors que la cicatrisation est complète, une hémoptysie apparaît, elle se renouvelle le lendemain, une troisième se produit deux jours après, elle est fatale. A l'autopsie on trouve un petit abcès gangréneux, cause des hémorragies.

Dans ces deux cas, on peut dire que jamais le malade n'avait complètement cicatrisé sa plaie infectée du poumon, l'infection avait toujours évoluée d'une manière aiguë. Ce n'est pas le cas de notre malade, les constatations faites dans les deux cas précédents et celles faites à l'intervention, dans le nôtre, sont les preuves qui doivent suffire.

En dehors de ces cas d'infection aiguë permanente, il est des cas où l'infection peut rester latente pendant des mois puis se réveiller subitement, par poussées, sous l'influence d'un rhume, d'une bronchite, d'une infection générale légère. Ce réveil infectieux se traduit alors par un gros symptôme : l'hémoptysie, mais il s'accompagne des symptômes généraux de l'infection. Ce sont parfois des symptômes légers, une légère élévation de température, de l'amaigrissement, de l'asthénie, signes qui font souvent déclarer le malade tuberculeux. D'autres fois ce sont des symptômes graves : frissons, sueurs, état vertigineux, température à grandes oscillations, cachexie,

on est en présence d'un abcès pulmonaire qui se forme sur l'ancien trajet du projectile ; des hémoptysies se produisent, parfois le sang est mélangé à du pus, c'est une véritable vomique par laquelle l'abcès s'évacue puis tout rentre dans l'ordre jusqu'à la fois suivante.

On ne peut rapprocher ces cas de celui que nous étudions. Notre malade, en effet, a toujours été apyrétique, son état général est toujours resté bon jusqu'aux derniers mois et la fréquence des hémoptysies peut expliquer son fléchissement. Aucun symptôme d'infection n'a jamais accompagné les hémorragies et jamais le sang ne fut mélangé à du pus. On ne peut donc penser à une infection se réveillant par poussées successives. L'intervention le mit en évidence, et il n'y avait aucune trace de processus infectieux dans le tissu pulmonaire avoisinant la cavité saignante.

Nous venons donc de passer en revue les diverses origines de l'hémoptysie dans les séquelles pulmonaires lointaines chez les blessés de poitrine et nous produisons à aucunes d'elles : pas de projectiles inclus ou de corps étranger, pas de tuberculose ; pas d'hémoptysies, pas d'infection.

Nous avons recherché dans les publications, dans les communications faites aux sociétés médicales et chirurgicales depuis la guerre, l'équivalent de notre observation et nous n'avons rien trouvé qui y ressemblât.

A la vérité, nous avons trouvé trois observations, publiées par Courtois-Suffit, qui sembleraient ne pas différer de la nôtre.

Dans les trois cas, nous voyons, en effet, les hémoptysies se produire à intervalles variables sans aucun

autre symptôme, les malades conservent le même bon état général, aucuns signes stéthoscopiques ou radioscopiques, pas de bacilles dans les crachats. Mais quelle fut l'évolution de ces malades ? Chez l'un on trouva, un jour, quelques fragments osseux et les hémoptysies cessèrent avec leur explosion. C'est donc un cas d'hémoptysie due à la présence d'un corps étranger transparent aux rayons X.

Dans les deux autres cas, l'observation s'arrête avec les constatations que nous reproduisons et nous n'avons aucun renseignement sur ce que devinrent ces malades. L'auteur, ne pouvant rattacher ces hémoptysies à une cause connue, conclut par une hypothèse : celle d'un processus inflammatoire lent et discret qui ne se révèle par aucun signe clinique ou radiologique et qui peut être rapproché de ceux qui, d'après Lœper, peuvent se traduire uniquement par les figures cytologiques de l'expectoration.

Il se peut que, dans ces deux observations, telle hypothèse soit plausible, mais, dans la nôtre, nous avons la preuve certaine qu'il n'en est pas de même. Le malade a été opéré, on l'a suivi jusqu'à guérison complète, les hémoptysies ont cessé avec l'intervention et ne se sont jamais reproduites.

Pourtant on n'a retiré aucun corps étranger, on n'a amputé aucune partie infectée du poumon, comme le fit Tuffier, dans un cas où il croyait trouver de la tuberculose, on a trouvé tout autour de la surface saignante un tissu sain, sans altérations inflammatoires. Enfin le malade a guéri parfaitement par une intervention qui consiste à vider les caillots sanguins et à suturer le

poumon à la plèvre pariétale, de façon à supprimer les poches avec ses parois saignantes, comme on arrête une hémorragie en rapprochant les lèvres d'une plaie. On était donc en présence d'un ulcère du poumon qui saignait et dont la cause nous échappe. Il est probable que de nombreux cas analogues auraient été vus si une intervention aurait été pratiquée chez tous les blessés de poitrine sujets à des hémoptysies et réformés si souvent comme tuberculeux.

On nous objectera que notre observation est unique et qu'il est difficile d'établir une doctrine sur un seul cas ; mais notre observation est complète ; tous les examens cliniques et de laboratoire ont été faits, le malade est guéri, nous savons qu'il va bien maintenant, nous avons sous les yeux la lésion pulmonaire et nous pouvons affirmer qu'il y a là quelque chose de nouveau qui ne peut être rapproché de ceux rapportés jusqu'à présent.

TRAITEMENT

Il faut s'assurer que le malade n'est pas tuberculeux et pour cela il faut user de toutes les recherches cliniques et de laboratoires dont on dispose.

Nous savons, en effet, que, chez les anciens blessés du poumon, les séquelles tardives peuvent prendre facilement l'aspect de la tuberculose, en raison d'une infection localisée autour du projectile inclus ou sur le trajet cicatrisé. Ce diagnostic peut être rendu plus délicat encore par les réactions de la plèvre à l'infection au moment du traumatisme, ce sont des adhérences, de la sclérose bronchique, des brides se traduisant par des marbrures opages sur la clarté pulmonaire ou encore un obscurcissement total d'un sommet dû à de la pleurite. L'examen clinique peut, lui aussi, être trompeur ; il faut savoir rapporté à leur cause véritable les modifications du murmure vésiculaire diminué par suite d'une réduction de l'amplitude respiratoire, savoir que des symptômes cavitaires peuvent être entendus lorsque un abcès se forme sur le trajet dilaté du projectile.

La palpation doit elle-même être prudente dans l'interprétation des signes qu'elle fait percevoir. Il peut arriver

que les vibrations soient exagérées et que le phénomène soit du non pas à la condensation tuberculeuse du parenchyme pulmonaire mais à un noyau de tissu cicatriciel assez étendu et qui possède les mêmes qualités de transmission que le tissu pulmonaire à la période de congestion. La palpation donnera les mêmes signes que chez un tuberculeux, qu'il s'agisse ou de la maturité d'un sommet cicatriciel ou de la sonorité exagérée d'une base où la dilatation du trajet du projectile donne des signes cavitaires. Le seul signe qui puisse trancher la question doit être donné par le laboratoire, il est nécessaire que des examens répétés des crachats soit pratiqués en vue de rechercher les bacilles de Koch. Chez notre malade, ces recherches furent faites et, bien que toujours négatives, on porta et on maintint pendant longtemps le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Il n'en était rien, comme le montra la suite des événements.

Il faut donc que le diagnostic soit rétabli avec rigueur.

La tuberculose étant éliminée, il faut préciser le siège de la lésion.

Elle le sera par l'auscultation et la radiographie. Les signes donnés par l'examen clinique sont faibles et peuvent même ne pas exister. Dans le cas que nous présentons on ne trouvait qu'un peu d'emphysème autour de l'orifice d'entrée. Parfois on pourra trouver une diminution sensible du murmure vésiculaire en un point très localisé, chez d'autres, et ils doivent être fréquents, si l'on juge par les observations, aucun symptôme ne permettra de localiser la lésion par l'auscultation.

Le moyen le plus sûr est la radiographie. En pratiquant les examens de face et de profil on arriva à préciser le siège exact de la lésion et sa profondeur.

Le repérage radiographique fait, il faut intervenir directement sur la lésion par une thoracotomie.

Le procédé employé ici est commun à nombre de chirurgiens, Marion, Duval, Lenormand, Roux, Berger, c'est-à-dire soit avec fixation préalable du poumon à la paroi quand celui-ci est libre, soit sans fixation, acceptant le pneumothorax qui se produit fatalement mais dont la bénignité est grande.

Le poumon peut être abordé soit sans résection ; si le siège de la lésion le permet, il suffit d'écarter ou d'abrusser le bord inférieur ou supérieur de la côte pour avoir un jour suffisant au niveau des cartilages costaux, l'abrasion donne toujours un espace suffisamment large à la base du thorax en avant et sur les côtes, l'incision seule, avec écartement des côtes sans résection, est suffisante. L'incision se fait près du bord supérieur de la côte inférieure ; les muscles intercostaux sont désinsérés à la rugine, on évite ainsi la section du muscle qui se rétracte, de plus on obtient un lambeau plus étoffé qui se rabat facilement et dont la résistance est plus grande ; si, à la fermeture, la suture est, de ce fait, rendue plus difficile, on a l'avantage de n'avoir besoin que d'un petit nombre de fils qui résistent d'ailleurs beaucoup mieux. La cicatrisation secondaire en est facilitée.

Si le simple écartement des côtes est insuffisant pour donner tout le jour nécessaire, il faut pratiquer la résection costale en respectant toujours les muscles de re-

couvrement, ce qui favorisera l'obstruction de la brèche pleurale.

La résection faite, on incise la plèvre par une mouche-ture qu'on a grandit ensuite suffisamment. Le tissu pulmonaire est alors incisé, on tombe sur la lésion hémorragipare. Dans le cas que nous publions, on trouva une poche remplie de caillots sanguins organisés ; cette poche fut vidée et on fit une marsupialisation du poumon à la plèvre en laissant un tamponnement à la gaze qui arrête très vite l'hémorragie.

Si la lésion siège au sommet, on passera toujours en avant, — l'omoplate est un obstacle et la distance est faible qui le sépare de la masse musculaire juxta-vertébrale, — on passera donc en avant en pratiquant une résection costale partielle, l'écartement étant impossible au sommet. Dans les autres régions, on passera par le plus court chemin, en respectant toujours les masses musculaires. La lésion peut toujours être atteinte, elle ne siègera jamais, en effet, dans la région hilare, car il est bien évident que l'ulcération atteindrait les vaisseaux trop importants et provoquerait des hémorragies rapidement mortelles. Dans le reste du poumon, toutes les parties peuvent être atteintes. Des mensurations ont été faites ; au sommet l'épaisseur d'un homme va de 15 à 20 centimètres, à la base de 20 à 25 centimètres ; il n'y a donc pas, dans le sens antéro-postérieur, de lésion siégeant à plus de 13 centimètres. Dans le sens transversal, cette distance n'est jamais atteinte, elle est toujours moindre, car, avec les combinaisons d'obliquité, on trouve toujours un chemin économique pour arriver

sur la lésion. En somme, on ne trouve guère de lésion siégeant à plus de 7 centimètres de profondeur.

Les accidents opératoires ne sont point dangereux. La présence des gros vaisseaux du hile n'étant pas à envisager il ne peut survenir que l'hémorragie et le pneumothorax. Le premier de ces accidents cède facilement à un tamponnement qu'on laisse quelques jours. Quant au pneumothorax, il est toujours bénin ; la douleur qu'il occasionne est le seul inconvénient et elle se retrouve en quelques jours.

Quant aux suites opératoires, on connaît assez l'excellent résultat des interventions sur le poumon au cours de la guerre pour prévoir qu'elles sont simples.

Avec le pneumothorax s'établit un peu de dyspnée et une douleur parfois très vive, la morphine fait cesser tous ces symptômes. La température s'élève pendant quelques jours mais, en fait, au 10^e jour, tous les troubles avaient disparu chez notre malade. L'expectoration muco-purulente avait cessé et, un mois après son entrée à l'hôpital, le malade sortait complètement guéri.

Les hémoptysies ne se sont pas reproduites depuis et on peut bien dire que c'est grâce à l'intervention directe sur l'ulcère que ce résultat a été obtenu.

CONCLUSIONS

1° Les hémoptysies récidivantes, séquelles lointaines des blessures du poumon, sont dues le plus souvent à des causes connues : corps étrangers, infection. Il est des cas où l'hémoptysie ne s'accompagne d'aucun autre signe et ne peut être rapportée aux causes connues.

2° Il s'agit d'un véritable ulcère du poumon à parois granuleuses saignant facilement comme les bourgeons charnus hémorragiques.

3° Ces cas peuvent être justifiables d'une intervention agissant directement sur la surface saignante après avoir repéré très exactement la lésion sous le contrôle radioscopique. Ces lésions ne sont jamais si profondément situées qu'on ne puisse les atteindre.

4° On évitera de prendre ces malades pour des tuberculeux ; tous les symptômes de bacilliose seront recherchés par les examens cliniques et de laboratoire.

Il y a certainement nombre de réformés pour tuberculose qui sont dans ce cas.

Le Président de la Thèse,
TIXIER.

Vu :
Le Doyen,
HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 3 novembre 1920.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- SERGEANT et PRUVOST. — Séquelles tardives des plaies de guerre. (Bull. Soc. Méd. des Hôpit. de Paris, 5 déc. 1919.)
- TUFFIER. — Résultats éloignés des plaies de poitrine. (Bull. Soc. Méd. des Hôp. Paris, 5 déc. 1919.)
- GRÉGOIRE et COURCOUX. — Plaies de la plèvre et du poumon. (Collection Horizon.)
- LÉON BERNARD et MANTOUX. — Traumatisme de guerre et tuberculose pulmonaire. (Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 18 mai 1915.)
- DENÉCHEAU. — Tuberculose traumatique. (Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 21 juillet 1916.)
- Suites éloignées des plaies de guerre pleuro-pulmonaires. (Presse Médic., 27 juillet 1916.)
- ESBACH et LACAZE. — Séméiologie des séquelles éloignées des plaies du poumon. (Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 19 mai 1916.)
- MAUCLAIRE. — Hémorragies tardives après blessure du poumon. (Bull. Soc. de chir., 12 déc. 1919.)
- COURTOIS-SUFFIT. — Hémoptysies récidivantes chez les blessés de poitrine. (Bull. de l'Académie de Médecine, 23 juillet 1918.)

- MARION. — Extraction de projectiles intra-pulmonaires. (Presse Médicale, 16 sept. 1916.)
- PÉHU et DAGUET. — Blessés de poitrine. (Lyon Médical, juin 1918.)
- RIBADEAU-DUMAS. — Séquelles tardives des blessures pénétrantes du thorax. (Paris Médical, 2 juin 1917.)
- LEMERRE et LANTUEJOULE. — Traumatisme et tuberculose. (Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, juin 1910.)
- SERGENT et PRUVOST. — Etude sur les kystes hématiques de la plèvre et du poumon. (Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 23 mai 1919.)
- DESGOUTTES et PERRIN. — Traitement des corps étrangers du poumon. (Lyon chir., juillet 1916.)
- DESGOUTTES. — Projectiles du poumon. (Lyon chirurg., mars 1917.)
- SERGENT. — Tuberculose chez les soldats à la suite de traumatisme du thorax. (Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 30 juin 1916.)
- SERGENT et LECHEVALLIER. — Plaies de poitrine et particulièrement leurs phases secondaires et lointaines. (Journal Méd. Franç., déc. 1918.)
-

